

## 確認及び免責趣意書兼コンサルテーション申し込み書

- \* バッチフラワーセラピーのためのコンサルテーションは -----  
バッチ博士の考え方に基づき、対話を通して、現在の状況、今抱えている感情と一緒に認識し確認しながら、その心の状態にバランスをもたらすレメディをご提案し、共に選んでいくという姿勢で行われます。
- \* バッチフラワーセラピーは、医療・診断行為ではなく、またそれに代わるものでもありません。服薬・治療を受けている場合は、中止することなく、必ず医師の指示に従って下さい。
- \* トリートメントボトルは、自己責任において作製・管理されるものです。衛生面にはくれぐれもお気を付け下さい。
- \* バッチ財団登録プラクティショナー(BFRP)として、私は財団プラクティショナー業務規約を遵守することが義務付けられています。安全な環境を提供し、そこで語られた内容は将来にわたって秘密厳守されることを要求されます。  
同時に、この規約により、担当する事例が自分の能力や適性を超える場合にはコンサルテーションを辞退し、より適した専門家を薦めることを求められています。  
また、あなたやその周りの人に危険が及ぶ可能性があると感じた場合には、主治医や専門家、家族に連絡を取る権利を保有します。

.....

上記内容について理解・同意の上、コンサルテーションの申し込みをします。

年 月 日 署名 \_\_\_\_\_

〒  
住所：

連絡先：(自宅 ☎) (携帯)  
(E-mail)

(署名者と異なる場合のご本人氏名)

ご紹介者：

主治医の名前と連絡先：

\*こちらからご連絡させていただく場合、どの方法がよろしいですか？ : メール 電話 郵便